

# Formularz wniosku o pomoc finansową



## Ascension

Formularz dodatkowy - Wisconsin Avenue Family Practice / St Joseph's Women's Outpatient Center

### Informacje o pacjencie

*(Proszę wypełnić drukowanymi literami i pamiętać o wypełnieniu wszystkich pól. Jeśli dany wiersz wniosku nie ma zastosowania, należy w takim polu napisać „nie dotyczy“.)*

Data \_\_\_\_\_ Numer konta \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

Liczba godzin przepracowanych w tygodniu \_\_\_\_\_ Numer telefonu pracodawcy \_\_\_\_\_

### Informacje o osobie odpowiedzialnej/opiekunie prawnym

*(Jeśli pacjent jest także osobą odpowiedzialną, nie trzeba wypełniać poniższej sekcji.)*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

Liczba godzin przepracowanych w tygodniu \_\_\_\_\_ Numer telefonu pracodawcy \_\_\_\_\_

### Osoby pozostające na utrzymaniu osoby odpowiedzialnej

*(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, należy wypełnić informacje o współmałżonku takiej osoby.)*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Relacja z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Relacja z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Relacja z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Relacja z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Liczba dorosłych i dzieci zamieszkujących gospodarstwo domowe \_\_\_\_\_

## Miesięczny dochód

(Dla każdej z poniższych pozycji należy podać wartość w USD za jeden miesiąc.)

Przychód uzyskany przez Wnioskodawcę \_\_\_\_\_  
Przychód małżonka wnioskodawcy \_\_\_\_\_  
Świadczenia z ubezpieczenia społecznego \_\_\_\_\_  
Dochód z renty/emerytury \_\_\_\_\_  
Przychód z zasiłku dla niepełnosprawnych \_\_\_\_\_  
Zasiłek dla bezrobotnych \_\_\_\_\_  
Odszkodowanie dla pracownika \_\_\_\_\_  
Przychody z odsetek/dywidend \_\_\_\_\_

Otrzymane alimenty na dziecko \_\_\_\_\_  
Przychód z najmu nieruchomości \_\_\_\_\_  
Bony żywnościowe \_\_\_\_\_  
Otrzymana wypłata z funduszy powierniczych \_\_\_\_\_  
Inne dochody \_\_\_\_\_  
Inne dochody \_\_\_\_\_  
**Łączny dochód miesięczny brutto USD** \_\_\_\_\_

## Miesięczne wydatki na życie

Kredyt mieszkaniowy/czynsz \_\_\_\_\_  
Media \_\_\_\_\_  
Telefon (stacjonarny) \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy \_\_\_\_\_  
Artykuły spożywcze/żywność \_\_\_\_\_  
Telewizja kablowa/internet/telewizja satelitarna \_\_\_\_\_  
Opłata za samochód \_\_\_\_\_  
Opieka nad dziećmi \_\_\_\_\_

Alimenty na dziecko \_\_\_\_\_  
Karty kredytowe \_\_\_\_\_  
Rachunki za lekarza/szpital \_\_\_\_\_  
Ubezpieczenie samochodu/pojazdu \_\_\_\_\_  
Ubezpieczenie domu/nieruchomości \_\_\_\_\_  
Ubezpieczenie medyczne/zdrowotne \_\_\_\_\_  
Ubezpieczenie na życie \_\_\_\_\_  
Inne miesięczne wydatki \_\_\_\_\_  
**Łączne miesięczne wydatki USD** \_\_\_\_\_

Niniejszym zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, powyższe informacje są zgodne z prawdą i kompletne. Niniejszym upoważniam szpital do uzyskania informacji od zewnętrznych agencji informacji kredytowych, jeśli szpital uzna to za konieczne.

Podpis Wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Komentarze** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Ascension

Szanowny Pacjencie/Wnioskodawco,

Ascension jest oparte na współczuciu i oddaje się w pełni zapewnieniu indywidualnej opieki wszystkim - zwłaszcza najbardziej potrzebującym. Oferowanie wsparcia finansowego naszym pacjentom jest naszą misją i przywilejem. Pomoc finansowa jest dostępna jedynie w odniesieniu do opieki w przypadkach nagłych oraz innej niezbędnej opieki medycznej. Dziękujemy, że nam zaufaliście i powierzyliście opiekę nad sobą i swoją rodziną, zaspokajając wszystkie Wasze potrzeby zdrowotne.

W związku z Państwa wnioskiem przesyłamy niniejsze pismo oraz dołączony do niego wniosek o pomoc finansową. Jeśli nie składali Państwo takiego wniosku, proszę zignorować tę wiadomość. Przed odesłaniem tego dokumentu należy wypełnić jego obie strony, złożyć podpis i opatrzyć go datą. Jeśli wniosek został wypełniony w ciągu ostatnich sześciu miesięcy i został zatwierdzony do pomocy finansowej, należy nas powiadomić - może nie być konieczne wypełnienie nowego wniosku. Niestety nie możemy polegać na wcześniejszym wniosku, który jest starszy niż sześć miesięcy.

Wraz z wnioskiem trzeba będzie przedstawić weryfikację dochodów gospodarstwa domowego.

## Przykłady zaświadczenie o dochodach:

- Kopie 3 ostatnich pasków wynagrodzenia od pracodawcy
- Kopie ostatniej rocznej deklaracji podatkowej (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą należy dołączyć wszystkie formularze)
- Decyzja o przyznaniu świadczeń socjalnych i/lub świadczenia emerytalnego
- Ostatnia roczna deklaracja podatkowa rodzica lub opiekuna, jeśli wnioskodawca jest osobą na utrzymaniu wymienioną w formularzu podatkowym i nie ukończyła 25 roku życia
- Kopia wypłaty zasiłku dla bezrobotnych
- Inne dokumenty potwierdzające dochód

Jeśli otrzymują Państwo pomoc od rodziny lub przyjaciół, lub jeśli z nimi Państwo mieszkają, należy poprosić takie osoby o wypełnienie dołączonej do niniejszego pisma „Deklaracji wsparcia”. Po wypełnieniu takiego dokumentu nie będą oni odpowiedzialni za Państwa rachunki medyczne. Dokument pokaże jednak, w jakim stopniu są Państwo w stanie pokryć swoje koszty utrzymania. Jeśli nie otrzymują Państwo pomocy od rodziny i przyjaciół, nie ma potrzeby wypełniania formularza Deklaracji wsparcia.

Ostatecznie możemy wziąć pod uwagę zaległe rachunki medyczne, aby zakwalifikować Pana/Panią do pomocy finansowej. Jeśli chcieliby Państwo, abyśmy je rozpatrzyli, prosimy o dostarczenie dokumentacji zaległych miesięcznych kosztów leczenia i kosztów aptek/leków, takich jak bieżące faktury lub wyciągi z sald rachunkowych. **Proszę pamiętać, że aby wniosek został rozpatrzony, należy przesłać 1) wypełniony wniosek wraz z 2) dowodem dochodu i 3) zaległe rachunki medyczne (jeśli dotyczy). Nie jesteśmy w stanie przetworzyć ani rozpatrzeć wniosków, które nie są kompletne.**

Podczas składania wniosku należy pamiętać, że komunikacja za pośrednictwem poczty elektronicznej przez Internet nie jest bezpieczna. Chociaż jest to mało prawdopodobne, istnieje możliwość, że informacje zawarte w wiadomości e-mail mogą zostać przechwycone i odczytane przez inne strony, poza osobą, do której są one adresowane. Chcemy chronić Państwa dane osobowe i zapewnić ich bezpieczeństwo. Ponieważ

wniosek zawiera Państwa numer ubezpieczenia społecznego i inne prywatne informacje, zachęcamy do powstrzymania się od wysyłania wiadomości e-mail.

**Wypełniony wniosek i dokumentację uzupełniającą należy wydrukować, wysłać pocztą lub dostarczyć osobiście pod następujący adres:**

Ascension  
Wisconsin skrytka  
pocztowa 860496  
Minneapolis, MN 55486-0496

Jesteśmy tutaj, aby pomóc i chcemy zapewnić, że pacjenci, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej, otrzymają ją. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących tego wniosku, wymaganych dokumentów uzupełniających lub jak najlepiej uzyskać wniosek, należy zadzwonić do jednego z naszych przedstawicieli pacjentów pod numer 877-304-6332.

Z poważaniem,

Usługi finansowe dla pacjentów  
Ascension